

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 12 Mai 1896, à 1 heure

Par Louis FAGET

Né à Maubourguet (Hautes-Pyrénées), le 10 mai 1870.

ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS PULMONAIRE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. ROGER.

Agrégés : MM. { MÈNÉTRIÉR.
ALBARRAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

274

274

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 12 Mai 1896, à 1 heure

Par LOUIS FAGET

Né à Maubourguet (Hautes-Pyrénées), le 10 mai 1870.

ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS PULMONAIRE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. ROGER.

*Agrégés : MM. { MÉNÉTRIER.
ALBARRAN.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N....
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLIAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	RETERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR FAGET.

A MA MÈRE.

A CEUX QUI ME SONT CHERS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS,

Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.



INTRODUCTION



L'idée de ce travail nous a été inspirée par l'observation de quelques malades appartenant au service de M. le docteur Faisans. L'histoire de leur maladie, et les particularités cliniques qu'elle présente, a fixé notre attention sur ce chapitre de pathologie qui a trait aux pneumopathies syphilitiques. La localisation pulmonaire de la syphilis, longtemps combattue parce qu'elle était méconnue, a pris définitivement droit de cité dans le cadre nosologique. Des travaux importants, émanant d'auteurs dont l'autorité scientifique ne peut être contestée, en ont fait une entité morbide et l'ont différenciée de la tuberculose pulmonaire avec laquelle elle fut longtemps confondue.

Il faut pourtant l'avouer : la syphilis du pœumon, en raison de son peu de fréquence et surtout de ses caractères communs avec d'autres affections de l'organe,

présente de grandes difficultés de diagnostic. Il n'est pas possible de lui assigner un signe véritablement pathognomonique, qui permette d'affirmer sa présence, et qui dissipe l'obscurité de ses manifestations.

Nous serions mal venus d'avoir la prétention d'éclaircir ce point particulier ; nous laissons ce soin à des observateurs plus expérimentés. Les conclusions de leurs patientes recherches seront d'autant plus imposantes, qu'elles auront reçu la consécration scientifique du nom et de l'autorité de leurs auteurs.

Notre but plus modeste est de présenter, à l'aide des documents que nous avons pu recueillir, la physiologie de la pneumopathie syphilitique dans les différentes phases de son évolution, et de commenter les caractères que nous a fournis l'observation de quelques malades.

Notre travail comprendra cinq chapitres : le premier aura trait à l'histoire ; le second à l'anatomie pathologique ; le troisième à la symptomatologie ; le quatrième au diagnostic ; le cinquième à la marche, au pronostic et au traitement.

Avant de nous engager dans cette étude, un premier devoir nous incombe : celui d'adresser l'expression de nos sentiments de profonde reconnaissance à nos maîtres, et à ceux qui nous ont aidé de leurs conseils.

Qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le docteur Faisans, l'assurance de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous facilitant l'accès de ses malades. Nous n'aurons garde d'oublier

les excellents conseils qu'il nous a donnés dans ses leçons à l'hôpital.

M. le docteur Gérard-Marchant a bien voulu mettre à notre disposition les observations de deux de ses malades ; nous lui adressons ici nos meilleurs remerciements.

Nous prions M. le professeur Laboulbène qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, de recevoir l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.





CHAPITRE PREMIER

Historique.

La syphilis du poumon, soupçonnée par Ambroise Paré, a été décrite au xviii^e siècle par Astruc qui, sous le nom de phtisie vérolique, en a fait le tableau suivant : « Les fonctions vitales qui s'exercent par des
« organes contenus dans la poitrine peuvent être alté-
« rées dans la vérole par différentes causes : 1^o par des
« tubercules ou des tumeurs gommeuses dans la
« substance du poumon, soit qu'elles suppurent ou
« qu'elles soient encore vertes, etc. De là doivent
« survenir : 1^o la dyspnée ou difficulté de respirer ;

« l'asthme, l'orthopnée, si le sang vient à croupir dans
« le poumon, soit à cause de son épaissement,
« soit à cause des obstacles ou des tubercules qui en
« retardent le cours; 2° la toux, si la tumeur de la
« trachée-artère, devenue plus âcre par le mélange du
« virus, picote vivement la tunique intérieure des
« bronches; 3° l'hémoptysie, s'il arrive que les vais-
« seaux du poumon se crèvent; 4° la vomique, si des
« tumeurs gommeuses ou de gros tubercules viennent
« à suppurar dans les poumons et à y former un abcès
« caché qui s'ouvrira par la rupture ou par l'érosion
« de la poche qui le renferme; 5° la phtisie si, une
« vomique ouverte, des tubercules suppurés dégéné-
« rent en ulcère malin, opiniâtre, rebelle, comme il est
« assez ordinaire dans les poumons. »

Brambilla rapporte un fait clinique où un phtisique fut guéri par le traitement mercuriel. Là, comme en tant d'autres occasions, le hasard avait aidé et éclairé la science. Un syphilitique avéré et un malade considéré comme phtisique à la dernière période, étaient couchés côte à côte dans la même salle. On avait prescrit un électuaire au phtisique et de la pommade mercurielle en frictions au vénérien. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné au vénérien qui l'utilisa en frictions et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de l'erreur, prit de cet onguent environ la grosseur d'une petite noix deux ou trois fois par jour et il fut radicalement guéri de sa maladie au grand étonnement du médecin

qui apprit ensuite par hasard de l'apothicaire comment la chose s'était faite. (L. Jullien, *Traité des maladies vénériennes.*)

A une époque plus rapprochée de la nôtre, les travaux de Ricord et de Depaul vinrent jeter un grand jour sur la question de la syphilis pulmonaire.

« Depuis plusieurs années, dit M. Ricord, nous « avons eu un nombre d'autopsies assez considérable « pour nous croire fondés à admettre qu'il y a des « lésions du poumon qu'il faut, de toute nécessité, « rattacher au tubercule syphilitique. Dans le paren- « chyme de cet organe, le tubercule syphilitique suit « la même marche que dans toute autre partie du « corps : c'est la même forme, la même évolution, la « même terminaison fatale par la fonte purulente. Les « malades crachent du pus dans la forme la plus « avancée des tubercules pulmonaires; les sujets mai- « grissent, s'affaiblissent et bientôt arrive la mort. »

En 1851, le professeur Depaul présenta à l'Académie de médecine un mémoire « sur une manifestation de la syphilis congénitale consistant dans une altération spéciale des poumons non encore signalée. » Il constata dans plus de vingt autopsies d'enfants nouveau-nés, reconnus syphilitiques, la présence de gommes dans le poumon.

M. Lancereaux dit qu'on ne peut avoir le moindre doute au sujet de l'influence directe de la syphilis sur le parenchyme des poumons. Il divise, au point de vue anatomique, les pneumopathies en trois variétés : 1° la forme diffuse ; 2° la forme gommeuse ; 3° les cicatrices.

M. Landrieux, dans sa thèse, étudia l'influence exercée par la syphilis sur le développement de la tuberculose. Il affirma, avec raison, que la syphilis ne pouvait produire directement ni le tubercule, ni la dégénérescence caséuse pure. Pour lui, les pneumopathies syphilitiques se résument à deux formes : l'une fibreuse, l'autre gommeuse.

M. le professeur Fournier a fait en 1875, à l'hôpital Lourcine, une série de leçons sur la phtisie syphilitique.

Quelque temps auparavant, le professeur Gambellini, de Bologne, avait publié l'histoire d'un homme vigoureux qui, un an et demi après l'apparition des accidents secondaires, présenta une très forte dyspnée augmentant rapidement et, au niveau de la 4^e côte gauche, une matité marquée dans l'étendue d'une pièce de 5 fr. Ce malade guérit rapidement et complètement par l'iodure de potassium.

Les auteurs que nous venons de citer avaient donc définitivement et formellement démontré l'existence de la syphilis pulmonaire, que les anatomistes du commencement du XIX^e siècle avaient voulu contester. A leur suite, MM. Cornil, Malassez, Brissaud, Colomiatti, ont apporté des documents sur la structure microscopique du syphilome pulmonaire. Plus récemment, des descriptions d'ensemble ont été écrites, en Allemagne par Pancritius, en France par MM. Jullien, Mauriac et Dieulafoy.

Enfin, après Depaul qui, le premier, signala des lésions spécifiques du poumon chez le nouveau-né

syphilitique, Ch. Robin et Lorain, Virchow, Parrot, Roger, Balzer et Grandhomme, ont publié des travaux importants sur l'héredo-syphilis pulmonaire.





CHAPITRE II



Anatomie pathologique.



C'est par la revision rapide des lésions anatomiques chez le nouveau-né que nous commençons ce chapitre, parce que l'exposé de ces lésions nous permettra d'en montrer les stades initiaux, alors que, chez l'adulte seulement, on en voit les stades terminaux.

Au point de vue anatomique, les deux lésions les plus caractéristiques de l'hérédosyphilis pulmonaire sont : les gommes, d'une part, et, de l'autre, l'altéra-

tion que Virchow a décrite sous le nom de pneumonie blanche. En outre, MM. Balzer et Grandhomme ont décrit des lésions, d'apparence banale, mais qui doivent bien être considérées comme la première étape du processus syphilitique, précédant le développement des gomme ou de la pneumonie blanche.

Ces lésions initiales s'observent très bien chez des poumons d'enfants qui ont respiré, car alors elles ne sont pas masquées par l'atélectasie pulmonaire. Chez le nouveau-né syphilitique qui a respiré, le poumon présente une congestion diffuse, surtout marquée dans la région postérieure; les parties atteintes ont une couleur violette, elles crépitent peu, cependant elles surnagent si on les place dans l'eau. On sait que les lésions tertiaires de la syphilis débutent par les artérioles et les capillaires; il se produit une congestion intense dans les capillaires avec stase leucocytaire. C'est ainsi qu'au microscope, on constatera cette congestion capillaire avec stase des leucocytes, on voit aussi que l'artère qui accompagne la bronchiole, a des parois très épaisses, et que, tout autour d'elle, il se fait une infiltration de cellules rondes qui gagne parfois les parois alvéolaires péri-bronchiques. L'épithélium du poumon se desquame et remplit les alvéoles. En résumé, ces lésions sont assez semblables à celles de la broncho-pneumonie; elles s'en distinguent par la prédominance des lésions du système vasculaire, des lésions interstitielles et l'abondance moindre des exsudats, ainsi que de la desquamation épithéliale.

Dans l'altération connue sous le nom de pneumonie

blanche, on est surtout frappé par la coloration blanche du poumon.

Ici, la lésion se présente soit sous forme de noyaux disséminés, soit sous forme diffuse; les parties atteintes ne crépitent pas et, si on les met dans l'eau, elles gagnent le fond du vase. La coloration blanche résulte de l'ischémie du poumon, consécutive au rétrécissement du calibre des vaisseaux. Le tissu conjonctif est profondément altéré, les cloisons qui entourent les alvéoles, les lobules et les ramifications bronchiques sont épaissies, formées par du tissu fibroïde et infiltrées de cellules rondes. Ce processus rétrécit et finit par oblitérer les alvéoles.

En même temps qu'on constate les lésions de la pneumonie blanche, on trouve presque toujours des gomme en nombre indéfini de la grosseur d'un pois environ. Ces gomme, examinées au microscope, présentent les caractères suivants : toute trace de structure alvéolaire a disparu ; le parenchyme du poumon est remplacé par un tissu fibroïde au milieu duquel on voit de petits amas cellulaires qui correspondent à des oblitérations vasculaires ; ce sont des nodules gommeux. Quand les gomme se ramollissent et aboutissent à la fonte granulo-graisseuse, le microscope n'y montre plus que des détritux granulo-grasseux.

Si l'on songe que les lésions syphilitiques du poumon du nouveau-né peuvent aboutir à la sclérose, si l'on songe que le processus se développe surtout autour des axes artério-bronchiques, et que par suite il détruit les fibres musculaires de la paroi bronchique, on con-

cevra aisément qu'il puisse se produire de la dilatation des bronches. C'est, en effet, ce qu'ont vu MM. Balzer et Grandhomme dans un de leurs cas : le lobe supérieur du poumon d'un nouveau-né syphilitique, était rempli de grosses vésicules comme celles d'un rein kystique, ces auteurs constatèrent que ces vésicules étaient des bronches dilatées, dans la paroi desquelles les éléments contractiles avaient disparu. En même temps, ce poumon présentait une sclérose péri-artériobronchique et péri-alvéolaire très marquée, et les petites artères étaient oblitérées ou en voie de le devenir.

Chez l'adulte, la syphilis du poumon suit les mêmes phases que chez le nouveau-né; mais chez lui, les lésions ne mettent que tardivement ses jours en danger, en sorte que leur évolution a le temps de s'accomplir, et à l'autopsie elles apparaissent très souvent à une phase avancée, c'est-à-dire à l'état de lésions scléro-gommeuses, qui sont le dernier terme du processus tertiaire.

Deux lésions élémentaires s'observent au foyer morbide : la gomme et la sclérose; elles sont presque toujours associées, mais tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre forme qui prédomine.

Les gommés du poumon sont en général peu nombreuses, souvent on n'en trouve qu'une, rarement leur nombre dépasse dix. Elles se présentent sous forme de masses arrondies du volume d'un pois, d'une noisette, d'un œuf. Elles siègent à la superficie du poumon, sous la plèvre, dans la profondeur de l'organe.

Au début de leur formation, elles sont dures, d'une couleur gris blanchâtre, et opaques. Plus tard, elles se ramollissent par le centre qui devient jaunâtre, opaque, gélatineux, autour de la gomme il y a toujours une zone de sclérose, parfois très étendue. Cette zone de sclérose périphérique est constante; si bien qu'on peut dire qu'il n'y a pas de gomme sans sclérose. Cette zone peut se rompre en un point, et une communication peut s'établir entre le foyer gommeux et une bronche; la bouillie gommeuse s'évacue, et il reste une caverne entourée de sa coque fibreuse. Mais un processus réparateur peut survenir, surtout sous l'influence du traitement, et alors la cavité bourgeoise et se comble, les parois se rapprochent, la cicatrisation s'opère. Le processus de réparation s'effectue parfois par résorption, sans que la gomme soit évacuée au dehors.

Le syphilome diffus du poumon revêt une forme spéciale, il détermine une sorte de broncho-pneumonie syphilitique dont la marche peut être aiguë, subaiguë, ou chronique. La forme aiguë est très rare, voici les résultats qu'elle a présentés à l'examen microscopique (1) :

« La tumeur est constituée par un certain nombre de noyaux de broncho-pneumonie à divers états (catarrhal, fibrineux et caséeux). Il n'existe pas d'encapsulation bien net par une zone de tissu fibreux comme

(1) Rémy. Thèse de Jacquin, 1884, Obs. II.

dans les gommés, sur toute l'étendue de la lésion. Cependant, en quelques points cet encapsulement existe : mais il n'est pas formé par des tissus de nouvelle formation, il est constitué par la cloison du lobule. On ne trouve pas une artère comme centre des lésions ; celles-ci sont plus groupées autour des bronches, comme dans la broncho-pneumonie. L'ensemble total est formé par plusieurs petits amas d'apparence caséeuse, entourés de zones plus vivantes. L'amas caséeux est constitué par des alvéoles pulmonaires, remplis de cellules, dont la forme est impossible à délimiter, et qui semblent être en dégénérescence graisseuse. L'enveloppe de chaque amas caséeux est formée tantôt par une cloison fibreuse interlobulaire épaissie, tantôt par des alvéoles remplis de leucocytes et présentant des parois épaissies. On constate, en outre, que dans le voisinage et dans l'épaisseur des bronches, des vaisseaux ou des cloisons interlobulaires, il existe des amas de jeunes cellules qui révèlent leur état phlegmasique. »

Les lésions scléreuses broncho-pulmonaires de la syphilis rappellent celles de la broncho-pneumonie scléreuse vulgaire. La lésion est constituée par une hypertrophie du tissu conjonctif qui forme le stroma du poumon. Dans un lobe du poumon, on trouve un bloc dur, criant sous le scalpel, parsemé de dilatations bronchiques et recouvert d'une plèvre très épaissie. Le parenchyme syphilomateux est rétracté, ratatiné, il en résulte à la surface du poumon des dépressions, des

sillons profonds, semblables à ceux que l'on observe sur un foie syphilitique. On voit par cette description, que si la sclérose tertiaire peut être rencontrée sans dégénérescence gommeuse, il n'existe pas de gomme sans sclérose. Quand la lésion est scléro-gommeuse, on découvre sur les bronches, ou autour d'elles, des gommes si petites, qu'on pourrait les confondre avec des granulations tuberculeuses.

Mais, avec M. Fournier, nous dirons que la gomme se distingue des tubercules :

1° *Par sa situation.* — Le tubercule siège au sommet du poumon spécialement, et dans les deux poumons : la gomme est ordinairement unilatérale, et siège surtout à la partie moyenne ou inférieure du lobe supérieur, souvent au voisinage du hile du poumon.

2° *Par le nombre.* — Les gommes sont en général peu nombreuses, dix au plus ; les tubercules, au contraire, s'observent en grand nombre.

3° *Par la couleur.* — Les gommes sont toujours blanches ou jaunes, jamais transparentes, comme les tubercules miliaires.

4° *Par la consistance.* — Lorsqu'elle n'est pas ramollie, la gomme est plus dure que le tubercule, et même lorsqu'elle est ramollie, elle est encore plus résistante, grâce à la coque fibreuse qui l'entoure.

Nous ajouterons que la gomme se distinguera du tubercule par l'intensité et la forme des lésions vasculaires, et surtout par l'absence du bacille de la tuberculose.





CHAPITRE III



Symptomatologie.



L'anatomie pathologique de la syphilis pulmonaire, envisagée surtout chez l'adulte, n'a pu être constituée qu'avec beaucoup de difficultés; la symptomatologie, de son côté, offre de telles obscurités, que la possibilité d'un diagnostic clinique a été niée par quelques auteurs. On objecte, en effet, que cette symptomatologie n'a rien de caractéristique, et que la maladie est

rare, bien que quelques médecins aient, à plaisir, exagéré sa fréquence.

En vérité, il n'existe pas, en clinique, de critérium absolu de la syphilis pulmonaire : elle ressemble à la phtisie, ou à la dilatation des bronches, ou à la sclérose pulmonaire. Néanmoins, il est des cas où le diagnostic de l'affection est appuyé sur un faisceau de preuves si serré, qu'on peut l'accepter sans réserves. L'ensemble des phénomènes, leur évolution, les antécédents du malade, les effets du traitement, les altérations syphilitiques que l'on rencontre dans le reste de l'organisme, peuvent donner à la pneumopathie des caractères si nets, qu'on ne peut douter de sa nature. Il est difficile de tracer une description didactique de la syphilis pulmonaire d'après les observations publiées. On peut, néanmoins, se faire une idée de la maladie, en exposant d'abord, le tableau d'ensemble qui répond au type vulgaire scléro-gommeux, et en montrant ensuite les formes diverses que peut revêtir l'affection, suivant la marche, les lésions, l'état général du sujet.

Dans la forme commune scléro-gommeuse, les malades toussent dès le début : d'abord, leur toux est sèche, puis elle devient humide, avec une expectoration muqueuse ou muco-purulente. S'il existe en même temps de la dilatation des bronches, cette expectoration devient très abondante.

L'hémoptysie est en général peu abondante ; parfois elle n'existe pas, très rarement elle est abondante.

La dyspnée survient tardivement lorsque les lésions sont assez étendues : elle se présente sous la forme

d'une dyspnée d'effort, survenant à l'occasion d'une marche rapide, d'une fatigue quelconque.

La percussion et l'auscultation révèlent l'existence d'un foyer morbide, localisé à la partie moyenne du poumon, surtout à droite. Le maximum des signes physiques s'observe en général, en arrière, au niveau de l'épine de l'omoplate; en avant, au niveau des 3^e et 4^e côtes. Par la percussion, on perçoit de la matité ou de la submatité.

L'auscultation donne des résultats variables suivant la lésion et l'âge de cette lésion. Au début, le murmure vésiculaire est diminué, on perçoit des râles ronflants et sibilants, plus ou moins disséminés dans toute l'étendue de la poitrine; et, au niveau du foyer morbide, des râles sous-crépitants fins, secs ou humides. Plus tard, s'il se produit une caverne gommeuse ou une dilatation bronchique, on perçoit les signes cavitaires: la respiration caverneuse, le gargouillement.

Pendant que cette évolution s'accomplit, l'état général peut rester bon, mais il ne faudrait pourtant pas exagérer cette idée de Bazin, que l'on a sous les yeux un phtisique bien portant. Si le traitement n'intervient pas, il est rare que la guérison survienne: tôt ou tard, les troubles fonctionnels apparaissent, les crachats deviennent nummulaires, la fièvre s'allume le soir, les sueurs sont profuses la nuit, les ongles s'incurvent et le sujet succombe comme un phtisique tuberculeux. Ou bien le malade arrive à la cachexie tertiaire qui est due, soit aux lésions scléro-gommeuses des autres

viscères, soit à l'artério-sclérose, soit à la dégénérescence amyloïde.

Pour expliquer comment la syphilis peut faire du malade un phtisique, il faut penser, avec M. Dieulafoy, que la fièvre hectique n'est pas directement le fait de la syphilis, mais bien le résultat d'infections secondaires dont la genèse est facile à saisir. La syphilis, en effet, crée dans le poumon des ulcérations, des cavernes dans lesquelles pullulent un grand nombre de micro-organismes. Certains de ces microbes trouvent dans l'excavation pulmonaire un terrain favorable à leur développement et à l'augmentation de leur virulence ; ils s'y multiplient et déterminent ainsi la suppuration ou les fermentations, que l'on peut considérer comme le résultat d'infections secondaires. Ce sont ces infections secondaires qui déterminent les symptômes de phtisie chez les tuberculeux. On n'ignore pas qu'en même temps qu'il découvrait sur les parois des cavernes tuberculeuses le bacille qui porte son nom, Koch y trouvait des parasites étrangers.

Ce tableau général de la maladie que nous venons d'esquisser, peut être modifié dans une foule de détails ; de là, des variétés cliniques nombreuses ont pu être observées.

Et d'abord, la syphilis pulmonaire peut être absolument latente, et ne se manifester par aucun trouble fonctionnel, par aucun symptôme physique. C'est ainsi qu'à l'autopsie d'individus syphilitiques, on a trouvé des gommes pulmonaires que rien, pendant la vie, n'avait pu faire soupçonner.

D'autres fois, les lésions du poumon sont associées à des lésions du larynx, de la trachée et des grosses bronches, qui engendrent un rétrécissement de ces conduits; dans ce cas, le processus pulmonaire est masqué par les troubles dûs à la sténose.

Nous venons de voir combien la phtisie syphilitique a de points de ressemblance avec la phtisie tuberculeuse. Mais ce n'est pas seulement à la période ultime de cachexie que ces deux affections présentent des caractères communs, au point de rendre le diagnostic très difficile. La syphilis et la tuberculose, en tant que manifestations pulmonaires, donnent, dans le cours de leur évolution, un tableau clinique identique, soit dans la forme aiguë, soit dans la forme chronique.

Dans la broncho-pneumonie syphilitique comme dans la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, ou subaiguë, on observe un début assez brusque de la maladie, une fièvre vive, une toux incessante, une dyspnée violente, une expectoration muco-purulente, de l'amaigrissement rapide, des sueurs profuses, de la matité à la percussion, des râles et souffles à l'auscultation. A l'appui de cette constatation, nous résumons l'Observation V contenue dans la thèse de M. Jacquin. Une femme de trente ans, entre à l'hôpital avec de la toux et une fièvre qui dure depuis huit jours. Elle présente à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, de la matité, de la respiration bronchique et des râles sous-crépitaux.

Les jours suivants, la situation s'aggrave : la respiration devient caverneuse, les crachats sont nummu-

lares, striés de sang, et, au bout de quatre semaines, la malade amagrie, couverte, la nuit, de sueurs profuses, toujours fébricitante, avait pris tout l'aspect d'une phtisique.

On comprend, après l'énumération de ces différents signes, combien le clinicien pouvait être aisément induit en erreur.

Il put cependant rattacher ces troubles à la syphilis, grâce à la présence de lésions syphilitiques concomitantes siégeant en d'autres endroits. C'est, en effet, par la découverte d'un stigmate syphilitique quelconque que le diagnostic peut être rendu probable, le traitement se chargeant de le rendre certain. Cette forme aiguë, si elle est la plus rare, est la plus grave : aussi doit-on agir promptement.

La pneumopathie syphilitique simulant la phtisie tuberculeuse chronique, est la forme la plus fréquente. La pneumopathie s'installe insidieusement, la fièvre est nulle ou très peu accusée ; dans sa première phase, elle simule une bronchite, une congestion pulmonaire ou une broncho-pneumonie mal définie, comme on peut s'en convaincre en se rapportant au malade qui fait le sujet de notre première observation. L'appétit est conservé, le malade ne maigrit pas, la toux est plus ou moins fréquente, l'expectoration n'a encore aucun caractère particulier ; parfois elle fait défaut. A l'auscultation, on perçoit des râles muqueux ou sous-crépitaux, dont la tendance est de se localiser à une région déterminée. Plus tard, à mesure que la maladie progresse et se rapproche de la phtisie, d'autres symp-

tômes apparaissent, rappelant ceux que donnent les cavernes gommeuses ou les dilatations bronchiques. Pour en donner un exemple, nous résumons l'obs. IV empruntée à M. Fournier : Une jeune femme entre à Lourcine pour un ulcère phagédénique du pied, dont la nature syphilitique n'est pas douteuse. Cette malade a l'aspect extérieur d'une phtisique : elle tousse, elle crache, elle a des points de côté, de la fièvre vespérale, des sueurs nocturnes, de l'anorexie ; au sommet gauche on constate des signes cavitaires (respiration caverneuse et gargouillements). Tout cet ensemble était si net, que M. Fournier posa le diagnostic de tuberculose, et non celui de syphilis pulmonaire. Néanmoins, il administra la médication mercurielle et iodurée pour traiter l'ulcère phagédénique du pied. Alors, cette malade, dont on eût escompté les jours à brève échéance, se prit soudainement à aller mieux : l'appétit et les forces revinrent et, lorsqu'on l'examina, plusieurs mois après, il fallut une auscultation minutieuse pour retrouver les traces de la lésion pulmonaire.

Une autre forme de pneumopathie syphilitique, difficile à dépister pour le clinicien, est celle qui simule la sclérose broncho-pulmonaire. On diagnostique bien une broncho-pneumonie chronique ou une dilatation des bronches ; mais, si le médecin cherche l'origine du mal, il ne trouve pas dans les antécédents du malade les causes ordinaires de ces affections : ni la rougeole, ni la coqueluche, ni la diphtérie, ni la fièvre typhoïde, ni la gangrène des bronches n'ont antérieurement atteint le malade, et, sans l'apparition d'une lésion spé-

cifique du larynx, de la peau, d'un os ou d'un parenchyme; sans la présence de cicatrices syphilitiques, la nature syphilitique de la lésion pulmonaire passerait inaperçue.

Si la syphilis et la tuberculose sont difficiles à distinguer l'une de l'autre dans leurs manifestations pulmonaires, il n'est pas impossible qu'elles s'installent toutes deux chez le même individu. La jeune femme dont nous rapportons l'histoire dans l'obs. II, nous en fournit un exemple. Bien qu'elle nie avoir jamais contracté la syphilis, les deux fausses couches qu'elle a faites spontanément, en dehors de tout traumatisme, sont un argument bien probant en faveur de cette affection. Bien que le traitement antisypilitique n'ait donné chez elle aucun résultat, et que l'on soit en droit de mettre sur le compte de la tuberculose sa lésion pulmonaire, malgré l'absence de bacilles dans les crachats, il est fort possible qu'elle soit aussi syphilitique.

Quand la syphilis survient chez un tuberculeux avéré, elle aggrave toujours la tuberculose en augmentant la débilitation organique et en nécessitant un traitement dont l'application, mal dirigée, peut avoir de funestes effets.

Quand la tuberculose apparaît chez un syphilitique, elle aggrave aussi la situation, car elle ajoute une maladie ordinairement incurable à une infection souvent curable.

Nous rappellerons en quelques mots, dans cette étude générale, la forme de syphilis pleuro-pulmonaire à

prédominance pleurale. « On voit souvent la pleurésie syphilitique, dit M. Mauriac, et cette pleurésie s'accompagne d'épanchement (1). »

La lésion syphilitique de la plèvre est tantôt une simple complication de la lésion pulmonaire, tantôt, au contraire, elle est la lésion dominante ; elle provoque un épanchement abondant, et, comme le dit M. Dieulafoy, elle mérite bien, dans ce cas, le nom de pleurésie syphilitique. Cette pleurésie syphilitique peut s'observer aux périodes secondaire et tertiaire de la syphilis. La pleurésie de la période secondaire paraît exister indépendamment des lésions pulmonaires. Jusqu'ici on n'admettait pas de pleurésies syphilitiques sans lésion pulmonaire concomitante.

Comme exemple de pleurésie syphilitique avec épanchement, nous résumerons l'observation VI :

Un homme de trente-deux ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une pneumonie caséeuse ; au bout d'un mois, éclate une pleurésie avec épanchement abondant ; on diagnostique une pleurésie tuberculeuse. Au bout de quatre jours, le malade meurt, et on trouve un foie syphilitique et un poumon farci de gommes, dont la plus superficielle effleurait la plèvre. Les feuillets de celle-ci présentaient un épaississement

(1) *Mauriac*. Gazette des hôpitaux, 1886.

fibreux considérable, et il y avait un épanchement sanguinolent de deux litres.

La bacille de la tuberculose ne fut pas trouvé dans ces lésions. M. Dieulafoy a observé un cas semblable où l'épanchement était aussi sanguinolent, mais où la guérison fut obtenue par le traitement anti-syphilitique.





CHAPITRE IV

Diagnostic.

Nous avons vu que, dans la majorité des cas, la syphilis pulmonaire reproduisait le tableau clinique de la tuberculose. C'est donc avec la tuberculose que le diagnostic, différentiel, doit être surtout établi.

On examinera les antécédents du malade : chez le phtisique on trouve dans la majorité des cas, des antécédents héréditaires ; chez le syphilitique on peut trouver des accidents secondaires ou tertiaires. La syphilis pulmonaire peut durer longtemps sans altérer l'état général ; tandis que, dès le début de sa maladie, le phtisique maigrit et se consume. On cherchera les coïncidences, et on examinera s'il n'existe pas du côté du larynx, du foie, des os, de la peau, des lésions

scléro-gommeuses. De plus, la température locale est toujours élevée chez le tuberculeux, elle est normale chez le syphilitique.

Le signe qui doit surtout éveiller l'attention, c'est le siège de ces lésions. La syphilis peut bien frapper le sommet du poumon, mais cela n'est pas la règle. En général, elle atteint le lobe moyen droit, ou la partie inférieure du lobe supérieur, ou la partie supérieure du lobe inférieur.

M. Grandidier va jusqu'à dire : « En présence de
« signes cavitaires ou d'une infiltration limitée au lobe
« moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis
« pulmonaire doit être porté sans restriction, quand
« même toute autre manifestation syphilitique, ancienne
« ou actuelle, ferait défaut. » Nous n'irons pas jusque-là ; mais en présence d'un foyer morbide de siège anormal, nous chercherons le bacille de la tuberculose dans les crachats ; et si des examens réitérés ne le montrent pas, nous penserons à la syphilis.

Il est vrai que la recherche du bacille n'a pas une valeur absolue, puisque syphilis et tuberculose peuvent évoluer dans le même poumon : mais, en vérité, dès que la présence du bacille est venue démontrer l'existence de la tuberculose, il n'est pas d'un grand intérêt de savoir si le malade a, ou non, une syphilis concomitante.

Enfin, le meilleur argument en faveur de la syphilis, celui qui constitue la pierre de touche, le critérium pour le diagnostic, c'est le traitement. Quand les accidents pulmonaires résistent à toute médication, et que

le traitement spécifique seul les fait disparaître en très peu de temps, on est en droit d'affirmer leur nature syphilitique.

La syphilis pulmonaire peut produire la *sclérose* pulmonaire avec dilatation des bronches. On ne peut guère que soupçonner l'origine syphilitique de cette lésion quand il n'y a pas de cause professionnelle ou infectieuse de sclérose pulmonaire, quand l'affection est de date récente, quand on trouve d'autres lésions scléro-gommeuses sur d'autres viscères, sur les os ou sur la peau.

On a quelquefois confondu la syphilis du poumon avec le *cancer* et les *kystes hydatiques*. Le *cancer* du poumon se reconnaîtra aux signes de compression médiastine, à l'induration accentuée des ganglions du cou, à l'expectoration gelée de groseille; enfin le cancer du poumon est souvent secondaire et, parfois, il sera possible de rencontrer la tumeur primitive dans un autre organe.

Les *kystes hydatiques* sont parfois bien difficiles à reconnaître, surtout tant qu'ils ne sont pas ouverts: les malades ne présentent alors que des hémoptysies, de la toux, de la gêne respiratoire. Au contraire, après leur ouverture dans les bronches, il se produira une vomique, si cette ouverture fait communiquer largement le kyste avec la bronche, ou une expectoration de nature diverse, si la communication est faiblement établie. Dès lors, il deviendra facile de porter le diagnostic par la recherche dans le liquide de la vomique, ou dans celui de l'expectoration soit des

crochets d'échinocoques, soit des lambeaux ou des vésicules d'hydatides. Ajoutons que la constatation d'un kyste hydatique dans un autre organe, le foie par exemple, pourra mettre sur la voie du diagnostic, la coexistence d'hydatide du foie et du poumon étant bien connue.

Le diagnostic peut avoir à porter sur la syphilis pulmonaire héréditaire tardive; elle s'observe chez l'enfant déjà avancé en âge, ou chez l'adulte; et au point de vue anatomique et clinique, elle ne diffère en rien de la syphilis acquise; mêmes lésions, mêmes symptômes, mêmes formes cliniques, même efficacité du traitement anti-syphilitique.

Dans la syphilis héréditaire tardive, les antécédents héréditaires font défaut; souvent il est difficile de retrouver la syphilis des parents, on doit alors baser le diagnostic sur les stigmates mis en lumière par Hutchinson, Fournier et Lannelongue comme caractéristique de l'hérédo-syphilis tardive : *malformations dentaires* (dentelures, excavations cupuliformes, stries transversales des dents, petites dimensions des incisives), *lésions oculaires* (kératite interstitielle diffuse), lésions et troubles de l'ouïe (surdité); *malformations du tibia* (tuméfaction de l'épiphyse, inégalités, bosselures de la diaphyse, aplatissement de la crête de l'os).





CHAPITRE V

Marche. Pronostic. Traitement.

La syphilis du poumon est variable dans sa durée : son évolution peut être rapide et se faire en quelques semaines ; généralement elle est lente, et se fait en deux, trois, quatre et cinq ans.

Il semble probable que dans la grande majorité des cas, si l'affection est abandonnée à elle-même, le malade est destiné à périr. Mais les pneumopathies syphilitiques traitées par le mercure et l'iodure de potassium guérissent souvent et très vite. Nous disons souvent, car il faut bien l'avouer, il est des cas qui se montrent réfractaires à la médication. Pourquoi ? Est-ce à cause du degré de consommation où est tombé le malade ? Non, puisqu'on a vu guérir des sujets arrivés au dernier degré de la phtisie, et que d'autres moins atteints succombent malgré le traitement. Ce qui

fait l'inefficacité du traitement, c'est qu'avec la lésion pulmonaire, il existe des lésions du foie, du rein ou du cerveau, ainsi que des lésions scléreuses du système artériel ou de la dégénérescence amyloïde.

Le traitement doit être mixte : il faut employer simultanément le mercure et l'iodure de potassium. Nous recommandons particulièrement l'usage du mercure qui est indispensable dans la syphilis pulmonaire. Le mercure paraît plus utile que l'iodure, et, autrefois, il a guéri, à lui seul, bien des malades.

La médication mercurielle devra être administrée, soit sous forme de friction quotidienne avec une quantité d'onguent mercuriel grosse comme un pois, tantôt sur un point, tantôt sur un autre ; soit sous forme d'injections sous-cutanées de calomel ou de bi-iodure dont les bons résultats ont été prônés récemment à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

La dose de calomel à employer sera de cinq centigrammes environ par injection ; elle pourra être portée à 7, 8 et 10 centigrammes sans le moindre inconvénient. Les injections seront pratiquées par séries ; chaque série comprenant, suivant les besoins de la cause, 4 à 6 injections que l'on fera une tous les huit ou dix jours. Ces séries seront espacées d'un intervalle minimum de cinq semaines.

Le bi-iodure de mercure pourra être injecté à la dose de 4 milligrammes par centimètre cube ; on injectera deux centimètres cubes chaque fois.

On se servira, dans l'un et l'autre cas, d'huile d'olives stérilisée comme excipient.

La douleur, provoquée par ces injections, est très variable suivant les sujets et suivant les cas, sur un même sujet ; on peut l'éviter en pratiquant l'injection très lentement. En outre, on aura soin de piquer profondément avec de longues aiguilles de 6 centimètres et d'effectuer le dépôt en pleines masses musculaires. C'est là une précaution indispensable, faute de quoi, on s'exposerait à voir l'inflammation se produire avec empatement et parfois ulcération du tégument.

Le traitement de la syphilis par les injections de sels de mercure insolubles a été vulgarisé surtout par le professeur italien Scarenzio et a rallié les suffrages des principaux syphiligraphes français. On y aura recours chaque fois que l'on voudra arriver à la promptitude des effets ; l'intensité d'action du spécifique employé, suivant cette méthode, étant bien démontrée. Certains sujets cependant ne devront pas être soumis à cette médication, tels sont : les diabétiques, par crainte de l'abcès auquel la moindre blessure les expose ; les suppurants, et les phlegmoneux incapables de conserver aseptique un foyer d'irritation quelconque.

Nous ne pensons pas qu'il faille négliger l'examen du foie, émonctoire sur lequel on doit compter et dont l'altération intime, capable d'entraîner une insuffisance constatée, fera pencher à l'abstention. Nous éliminerons également les débilités, les cachectiques, les vieillards épuisés, tous ceux dont les grandes fonctions déjà compromises et la nutrition défailante sont un terrain mal choisi pour une thérapeutique violente, quelle qu'elle soit.

Si l'état particulier du malade s'oppose à l'usage intensif du mercure par la méthode des injections, on pourra employer le sirop de Gibert.

On ne négligera pas de prescrire l'iodure de potassium à doses croissantes de 2 à 8 grammes par jour.

Enfin la médecine des indications ne sera pas négligée : il peut y avoir utilité à donner les balsamiques contre l'abondance et la fétidité de l'expectoration, et à relever les fonctions digestives chancelantes.





OBSERVATIONS



OBSERVATION I

L... Henri, âgé de 32 ans, sommelier de son état, entre le 11 septembre 1895 dans le service de M. Faisans, à la Pitié, salle Piorry, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement à 60 ans de la rupture d'un anévrysme, dit-il. Mère bien portante, frères et sœurs aussi.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans sa jeunesse, il n'a jamais été malade. Il y a trois ans, pendant un mois, il a souffert de douleurs articulaires, douleurs siégeant dans toutes les articulations; pas de fièvre à ce moment. Il n'a jamais rien éprouvé du côté du cœur, jamais de palpitations.

Le 20 octobre 1894, fièvre typhoïde; le malade a été soigné à l'Hôtel-Dieu et a quitté l'hôpital le 1^{er} décembre suivant, complètement rétabli.

Il se repose jusqu'au mois de mars, époque à laquelle il reprend son travail. Vers la fin du mois de mars, il est obligé

de suspendre son travail, ses jambes ayant enflé ; en même temps est survenue une éruption de boutons siégeant sur les jambes, aux fesses et dans toute la région lombaire.

Il rentre à Lariboisière, où il fait un séjour de trois mois. On trouve dans ses urines de l'albumine en assez grande quantité ; de plus, à ce moment, ses urines étaient rendues en faible abondance.

Il quitte l'hôpital à la fin du mois de juillet, bien qu'il ne soit pas complètement rétabli, et que ses urines, redevenues normales comme quantité, contiennent encore un peu d'albumine.

Il reprend son travail. Le 8 septembre, à la suite d'un refroidissement (il avait couché en plein air sur l'herbe), il s'aperçoit que les urines présentent une coloration rouge foncé. Le 11 septembre, il entre à la Pitié. Il se plaint d'une lassitude générale ; la respiration est difficile ; les urines sont rares, très foncées et contiennent un peu d'albumine. La température atteint 39°2.

À l'examen, on ne trouve rien de particulier, sauf vers le milieu du poumon droit, en arrière. À ce niveau existe de la matité sur une assez grande étendue ; le murmure vésiculaire est très affaibli et s'accompagne de râles sous-crépitaux fins.

On prescrit le régime lacté absolu. L'albumine disparaît au bout d'une dizaine de jours environ, la quantité d'urine augmente et redevient normale ; les urines restent toujours très foncées, puis la coloration rouge disparaît peu à peu et la température s'abaisse pour redevenir normale.

Le 4 octobre, le malade descend dans la cour pour la première fois, il se refroidit et remonte se coucher, il éprouve du malaise. Le soir, la température monte un peu ; le thermomètre marque 37°8 ; le lendemain matin, fièvre vive, 40°2 ; le malade est assoupi, affaibli dans son lit. La respiration est courte, fréquente et difficile.

Les urines, normales comme abondance, sont très foncées et contiennent un très léger nuage d'albumine. L'examen microscopique décèle la présence de globules rouges en assez grande quantité. Le malade se plaint d'une douleur dans le côté droit.

A l'examen de la poitrine, on constate à la percussion, et à la base droite, de la matité remontant jusqu'au niveau de la crête de l'omoplate. Cette matité se continue vers l'aisselle et en avant, où elle remonte jusque sous le mamelon.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très affaibli dans la fosse sous-épineuse; nul au dessous de l'angle de l'omoplate, et remplacé par des râles sous-crépitaux très nombreux et fins. Le malade ne tousse pas et n'a pas d'expectoration. La température descend lentement jusqu'au 9 octobre, où l'on constate le matin 37°8.

Le 10 au soir, nouvelle ascension jusqu'à 39° 5, puis descente lente et progressive jusqu'à la normale où elle se maintient. La respiration reste courte et difficile. A la fin du mois d'octobre, les urines redeviennent normales, l'albumine ayant disparu rapidement dès les premiers jours.

Le malade qui avait été pendant tout ce temps maintenu au régime lacté, recommence à manger avec appétit. Il se trouve soulagé quoique se plaignant toujours de la gêne respiratoire. Les signes physiques du poumon ne varient pas, les râles, peut-être un peu diminués de nombre, persistent encore.

L'histoire rénale étant bien terminée, la persistance des signes physiques du poumon devait être rapportée à sa véritable origine. Le 25 novembre on interroge de nouveau le malade sur ses antécédents; et, à ce moment seulement, il avoue avoir contracté un chancre syphilitique il y a plusieurs années. On le met au traitement antisypilitique: iodure de potassium et sirop de Gibert. Très rapidement, le malade se trouve

amélioré : la respiration devient plus facile. A l'examen du poumon, on trouve que les signes diminuent. Le traitement est continué jusqu'au 27 décembre, puis suspendu pendant 15 jours. Pendant cette quinzaine rien à signaler.

Le 11 janvier, le malade est remis à l'iodure et au sirop de Gibert.

Le 20 janvier, on constate que tous les signes ont presque complètement disparu ; on ne trouve plus qu'une légère submatité à la base droite. Le murmure vésiculaire est encore faible mais il s'entend jusqu'à la base, et les râles sous-crépitaux ont disparu. Le malade, complètement rétabli, quitte l'hôpital.



OBSERVATION II

P.... Pauline, âgée de 24 ans, sans profession, entre le 28 octobre 1895 à l'hôpital la Pitié, dans le service de M. le docteur Faisans. Elle occupe le lit 34 de la salle Lorain.

La mère est morte de la poitrine à l'âge de 34 ans. Le père, vivant, est atteint de catarrhe bronchique. Elle a un frère et une sœur qui se portent bien.

Comme maladies antérieures, il faut citer la fièvre typhoïde, la scarlatine, une fluxion de poitrine à l'âge de 11 ans, enfin, l'année dernière, un érysipèle.

Il y a deux ans, la malade a commencé à tousser à l'entrée de l'hiver : depuis, la toux a persisté, sauf pendant les trois

mois de l'été. A plusieurs reprises, les crachats qu'elle rendait le matin étaient striés de sang. Sueurs nocturnes abondantes. Fièvre le soir, vers les 5 heures. Appétit très diminué. Amaigrissement progressif. Perte des forces. Disparition des règles depuis le 22 septembre. Pertes blanches abondantes.

La malade affirme n'avoir présenté aucun accident syphilitique : elle n'a pas eu de chancre induré, et l'interrogatoire, dirigé en vue de rechercher les manifestations antérieures de la syphilis, reste négatif.

Elle accuse seulement une fausse couche survenue spontanément en juillet 1894.

L'examen de la poitrine, pratiqué à son entrée à l'hôpital, donne en arrière, et dans les deux bases, de la matité. À l'auscultation et dans cette même région, on constate de la faiblesse respiratoire et quelques râles sous-crépitaux. En avant, rien d'anormal.

Les autres organes sont indemnes : le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes ; la rate n'est pas hypertrophiée.

Le cœur est normal ; pas de souffle, ni de dédoublement ; à l'orifice aortique, le 2^e bruit est éclatant. Le pouls donne 88 pulsations à la minute. Les fonctions digestives se font relativement bien, à signaler, une légère constipation.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 5 novembre la malade fait une deuxième fausse couche qui n'entraîne pas d'accidents hémorragiques ni de complications.

Le 16 novembre, l'auscultation de la poitrine fait reconnaître, en avant, une respiration rude généralisée et saccadée. En arrière, et à droite, la matité siège dans le quart inférieur ; à gauche elle remonte un peu moins haut. Les vibrations thoraciques sont diminuées dans les deux bases.

Les râles sous-crépitaux persistent toujours dans les deux

bases. La toux est assez fréquente. l'expectoration peu abondante. L'examen des crachats, qui était resté négatif une première fois, ne fait pas reconnaître davantage, à ce moment, la présence du bacille de Koch.

La malade, pour des raisons que nous indiquons plus loin, est mise au traitement anti-syphilitique : on prescrit le sirop de Gibert. Cette médication, continuée pendant une vingtaine de jours, n'entraîne aucune modification du côté des poumons : la matité et les râles persistent, un peu plus accusés du côté droit.

En janvier l'auscultation fait reconnaître un souffle tubaire intense dans la région inter-scapulaire, au niveau de la colonne vertébrale. Ce souffle d'adénopathie trachéo-bronchique vient éclairer le diagnostic.

En février, les signes présentés à l'auscultation des poumons, persistent ; ils sont même exagérés : c'est ainsi, qu'en avant et à droite, la respiration devient rude et l'on perçoit le souffle tubaire, entendu quelque temps auparavant en arrière, dans la région inter-scapulaire où il acquiert son maximum d'intensité. A signaler, en arrière et à droite, des râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon.

L'état général reste sensiblement le même, bien que la malade se trouve améliorée : elle prétend recouvrer ses forces ; les sueurs nocturnes sont moins abondantes ; l'appétit se relève, la fièvre disparaît, mais la toux et les hémoptysies persistent. Pour la troisième fois, on pratique l'examen des crachats, qui reste négatif.

A la fin du mois de février, cette jeune femme se sentant mieux, quitte l'hôpital.

Nous citons cette observation uniquement pour

montrer combien il est parfois difficile de donner à une pneumopathie l'épithète de syphilitique et de la différencier d'avec la tuberculose. La façon dont débute les accidents pulmonaires chez cette malade, l'absence de réaction fébrile enlèvent à son affection tout caractère aigu. On songe alors à la tuberculose ; mais, dans cette maladie, c'est au sommet des poumons et non à la base, du moins dans la très grande majorité des cas, que l'on observe les signes d'induration, d'infiltration, ou de pertes de substance : chez notre malade, pendant longtemps, les sommets des poumons restent indemnes.

De plus, l'examen microscopique des crachats, pratiqué à plusieurs reprises, ne révèle jamais la présence des bacilles de Koch. On était en droit, en pareil cas, de rechercher une autre étiologie, les deux fausses couches peut songer à la syphilis ; on institue le traitement spécifique qui ne donne pas le moindre résultat. La syphilis, ainsi écartée, et les modifications de siège, d'intensité et de nature des signes physiques étant survenues, le diagnostic n'était plus douteux ; c'était bien à la tuberculose que l'on avait affaire.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le docteur Gérard-Marchant,
chirurgien de l'hôpital Tenon.

En 1893, entré à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le docteur Nicaise, remplacé par M. le docteur Marchant, la nommée Marie R. ..., âgée de 23 ans, atteinte d'une tumeur blanche du genou droit. M. Marchant pratiqua une résection du genou ; mais les lésions étaient si étendues du côté du fémur et du côté du tibia, qu'il fallut évider ces deux os, en remontant à plusieurs centimètres au delà de la jointure. Ainsi réduits à deux coques osseuses, ces deux cylindres n'avaient guère de chance de se souder et le chirurgien aurait immédiatement pratiqué l'amputation de cuisse après ces constatations, s'il avait prévenu la malade de la possibilité de ce sacrifice du membre : il termina l'opération, remettant l'amputation de cuisse à une époque ultérieure mais prochaine.

Les suites opératoires furent si simples que M. Marchant laissa l'appareil en place pendant plusieurs semaines, et qu'il fut surpris, au moment où il examina son opérée, du commencement de soudure qui s'était produit. Il n'existait qu'une seule fistule au niveau du passage des drains, et cette ébauche de consolidation fit différer l'intervention.

Au bout de cinq mois, les choses en restaient au même point : la malade avait de la fièvre ; on surveilla ses sommets et, du côté où elle avait eu une pleurésie (à droite), M. Marchand constata des signes qui lui parurent certains de bacillose pulmonaire.

Enfin, un jour, son attention fut appelée sur trois exostoses

que la malade présentait simultanément : une au frontal, au-dessus du sourcil gauche ; une deuxième au coude gauche qui l'empêchait de fléchir l'avant-bras sur le bras ; une troisième à la partie moyenne et interne du bras droit. Ces exostoses étaient peu douloureuses.

Un traitement à l'iodure de potassium et au sirop de Gibert fut immédiatement institué ; et, en quelques semaines, on voyait se fondre les exostoses, disparaître la fièvre, cesser complètement les signes stéthoscopiques pulmonaires ; la soudure fémoro-tibiale s'effectuer définitivement et l'état général se modifier à ce point que cette malade devint méconnaissable.

En présence de ces résultats, il est permis de se demander avec M. Marchant, si les lésions osseuses prises pour de la tuberculose, n'étaient pas de nature spécifique, ou s'il ne s'agissait pas d'une association morbide de la tuberculose et de la syphilis.

OBSERVATION IV.

Phagédénisme tertiaire du pied. Phtisie syphilitique simulant la phtisie commune. Guérison. Par le docteur Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1879).

Le 13 juillet 1873, arriva à l'hôpital de Lourcine, une femme

agée de 35 ans, de l'aspect le plus cachectique. Emaciation générale, visage exprimant la souffrance et l'épuisement. Peau jaunâtre, sèche et terreuse, Prostration des forces, pouls très faible.

Tout d'abord, l'attention fut attirée vers une grave lésion du pied. Au dire de la malade, une sorte de bouton croûteux apparut, il y a un an, sur le gros orteil : puis plaie vive prenant une rapide extension, détruisant le deuxième, puis le troisième, puis une partie du quatrième orteil, lesquels se détachaient spontanément en laissant à nu « des bouts d'os ». Affaiblissement progressif; pour se donner « du cœur à l'ouvrage » cette femme, sobre d'habitude, s'adonne à l'alcool.

Actuellement (19 juillet), énorme ulcère phagédénique, occupant toute l'extrémité du pied, de la face plantaire à la portion antérieure du métatarse, et du bord externe du premier orteil au bord interne du cinquième.

Gros orteil profondément entaillé sur son côté externe; deuxième et troisième orteil, presque complètement anéantis; quatrième, détruit aux deux tiers; cinquième, à peu près intact; sauf sur sa face interne largement ulcérée. L'ulcération mesurant 10 centimètres transversalement, sur 3 à 8 de hauteur, offre le plus détestable aspect : bords taillés à pic; fond extrêmement inégal, anfractueux, creusé de vallonements profonds, violacé et sanguinolent sur la plus grande partie de sa surface; ailleurs, blanc-grisâtre, pultacé, semé d'îlots verdâtres ou même noirs et manifestement gangréneux. Ichor liquide sanieux, odeur insupportable. Tout autour, large auréole rouge, œdème erysipélateux, qui tuméfie considérablement le pied et remonte jusqu'aux malléoles.

Diagnostic. — Phagédénisme spécifique. Quelques années auparavant plaques muqueuses à la vulve et à la gorge, « boutons sur le corps ». Maux de tête nocturnes, alopecie.

Traitement. — Iodure de potassium, frictions mercurielles, 4 grammes sous les aisselles. Après quarante jours de ce traitement, cicatrisation complète.

« La malade, ai je dit, se présentait avec un aspect des plus cachectiques. Cet aspect ce n'était pas évidemment la lésion locale, qui, seule, pouvait en rendre compte *a priori*, il était permis de supposer, on devait même supposer qu'une détérioration aussi profonde de l'économie, se rattachait à quelque grave lésion intérieure viscérale.

Quelle était cette lésion ? Cela restait à découvrir. Or, de par l'habitus général, de par les commémoratifs, un soupçon se présentait tout d'abord ; celui d'une tuberculose pulmonaire, Au dessus de toute contestation possible, notre malade avait l'allure, la physionomie d'une phtisique.

En second lieu, la présomption déduite de l'habitus extérieur, trouvait immédiatement un appoint formel dans certains troubles accusés par la malade, qui disait tousser, et tousser avec quintes intenses depuis plusieurs mois ; qui expectorait en abondance des crachats verts et purulents ; qui souffrait d'oppression, d'anhélation avec points de côté fréquents ; qui, de plus, se plaignait d'accès fébriles et de sueurs nocturnes profondes ; qui ne mangeait plus ; qui ne digérait plus, etc., tous symptômes dont la signification paraissait peu douteuse.

Troisièmement enfin, l'examen physique du thorax achevait de diriger le diagnostic dans le même sens. La percussion et l'auscultation, en effet, nous révélaient ceci : Au sommet gauche (là seulement, il est vrai, le reste des poumons paraissant indemne), matité assez étendue soit en avant, soit en arrière ; et matité bien nette, bien accentuée, avec perte absolue d'élasticité sous le doigt ; au même niveau, souffle

rude intense et vraisemblablement caverneux ; en plus, facies caverneux, gargouillement à grosses bulles après la toux.

En résumé donc, vous le voyez, Messieurs, troubles généraux, troubles fonctionnels locaux, signes physiques, tout concourait à accuser la phtisie pulmonaire.

Et tel fut, en effet, je le confesse, le diagnostic auquel je m'arrêtai ; sans arrière-pensée : j'en fis une poitrinaire et une poitrinaire au troisième degré, avec cavernes. Ce n'est pas cependant, qu'à ce moment l'idée d'une affection pulmonaire syphilitique ne me soit venue à l'esprit, j'y pensai tout au contraire ; je discutai moi-même avec mes élèves ou avec les médecins qui me faisaient l'honneur de suivre mon service, l'hypothèse d'une infiltration gommeuse, d'une caverne gommeuse, mais je ne soulevai cette hypothèse que pour l'écarter, tant il me paraissait rationnel dans l'état des choses, au lieu d'invoquer une rareté, une exception, qu'aucun signe d'ailleurs, ne légitimait, de m'en tenir à ce qu'il y avait de plus simple et de plus probable ; tant ce diagnostic de phtisie commune, me paraissait justifié ici et par les causes qui avaient préparé la maladie et par les symptômes, soit généraux, soit locaux, qui la traduisaient : et encore par cette localisation tellement significative (je la jugeai ainsi du moins), des signes physiques, au sommet du poumon.

Eh bien, je me trompais ; et l'évolution ultérieure me le prouva de façon à ne pas me laisser longtemps douter de mon erreur.

Ce qui suivit, en effet, à peine le traitement institué, ce fut un amendement presque subit dans les troubles morbides, et aussi une restauration rapide de la santé, avec atténuation, puis disparition des signes physiques des lésions pulmonaires ; ce fut, en un mot, la plus surprenante et la plus inattendue des guérisons.

Notre malade qui, je le répète à dessein, était absolument cachectique lors de son entrée à l'hôpital; qui était pâle, extrêmement affaiblie, amaigrie, extenuée: qui n'acceptait plus la nourriture, qui n'avait plus ses règles depuis dix-huit mois, notre malade, dis je, dont on eût escompté les jours à brève échéance, se mit soudainement à mieux aller. L'appétit lui revint; elle mangea et digéra. Son habitus se modifia bientôt: son visage reprit des couleurs et de la vie, ses forces se relevèrent, ses règles reparurent, puis elle se mit à engraisser même et beaucoup; si bien, que trois mois plus tard, la métamorphose était complète. La malade alors, positivement, était méconnaissable. Finalement, lorsqu'elle nous quitta en novembre, c'est-à-dire, après un séjour de quatre mois, c'était une femme grosse, grasse, absolument bien portante, ayant repris toutes ses forces, toute sa santé première.

Ajoutons que nous l'avons revue depuis lors à plusieurs reprises, et toujours dans le même état florissant.

Ce n'est pas tout: en même temps que s'amendait de la sorte l'état général, les lésions locales du poumon subissaient une modification parallèle, doublement attestée par l'atténuation des troubles fonctionnels et par l'effacement des signes physiques. D'une part, en effet, après quelques semaines de traitement, l'oppression et les points de côté se dissipaient pour ne plus reparaitre; la toux diminuait dans une proportion considérable et l'expectoration devenait infiniment moins abondante, moins purulente aussi et plus catarrhale.

D'autre part, la matité du sommet allait s'atténuant comme étendue et comme qualité de son. Le souffle baissait d'abord d'intensité et de rudesse, puis s'effaçait complètement. Les râles devenaient moins nombreux et moins gros. Dans l'espace de six semaines environ, les signes physiques se réduisirent à

quelques craquements et quelques râles sous-crépitants disséminés. Lorsque nous revîmes la malade après plusieurs mois, il fallait véritablement une auscultation minutieuse pour retrouver des indices minimes de la lésion, à savoir : tout au plus un léger degré de rudesse relative de la respiration, avec quelques très rares craquements secs, perceptibles seulement après la toux. Rien autre, rien de plus ne subsistait des signes antérieurs.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le docteur Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Un officier supérieur, homme superbe de vigueur et de taille, que M. Marchant avait déjà soigné pour une entorse, vint le trouver deux ans après cet accident et lui dit : « Docteur, je perds mes forces, je maigris, je ne puis plus faire mon service qui pourtant n'est pas pénible. » La femme du malade vint, à son tour, lui faire ses doléances sur cette faiblesse envahissante à laquelle son mari était en proie.

Un examen approfondi auquel se livra M. Marchant en interrogeant successivement tous les appareils, ne le renseigna pas. Le traitement qu'il prescrivit ne modifia pas l'état général languissant ; mais une nouvelle auscultation minutieuse lui per-

mit de saisir quelques craquements au sommet gauche. Il engagea immédiatement le malade à se mettre entre les mains d'un de nos cliniciens les plus distingués, professeur à la Faculté, qui porta le diagnostic de tuberculose.

Le malade fut envoyé à La Bourboule : une première saison n'entraîna aucune modification.

La seconde année, un médecin de La Bourboule qu'il consulta, découvrit à l'épiglotte une gomme cicatrisée et, à côté, une gomme en voie d'évolution.

M. X... fut soumis au traitement antisyphilitique et, en quelques jours, les signes pulmonaires disparurent et il récupéra toutes ses forces passées.

On apprit alors, en effet, qu'étant dans une école militaire, M. X... avait contracté un petit chancre auquel il n'avait pas attaché d'importance.



OBSERVATION VI

In th. de Jacquin.

Syphilis tertiaire. Lésions scléreuses et gommeuses des poumons et du foie.

P..., cocher d'omnibus, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Balzer. C'est un homme

brun, assez solidement charpenté, qui s'est toujours bien porté; pas d'antécédents héréditaires.

D'après son interrogatoire, il ne ressort pas, d'une manière évidente, qu'il ait eu la syphilis et il n'en porte aucune trace.

La maladie actuelle a débuté graduellement et a présenté tous les signes rationnels de la tuberculose : sueurs nocturnes, hémoptysies, amaigrissement et perte des forces. Le jour de son entrée à l'hôpital, on trouve dans son crachoir une expectoration rouillée, couleur jus de pruneaux. La percussion donne de la matité du côté droit, surtout en arrière. A l'auscultation, râles sous-crépitaux nombreux à droite, en arrière et sur la ligne axillaire ; dans les mêmes régions, souffle bronchique. Ces signes se retrouvent un peu en avant mais très atténués. On ne trouve, du côté gauche, que quelques râles sous-crépitaux disséminés. La voix est rauque, la toux quinteuse. Ce malade venait de l'hôpital Lariboisière avec le diagnostic : tuberculose pulmonaire, que nous portâmes également, admettant qu'il s'agissait d'une pneumonie caséeuse, en raison de l'apparence des crachats.

Jusqu'au mois de janvier, P... reste dans un état à peu près stationnaire, se plaignant de douleurs dans le ventre et dans le côté droit. Le ventre était volumineux et dur à la pression. Deux vésicatoires furent appliqués sur le côté droit, sans produire de soulagement marqué.

Un mois plus tard, la dyspnée devient de plus en plus intense : aphonie complète, amaigrissement et cachexie rapide.

A ce moment, on constate pour la première fois, les signes d'un épanchement dans la plèvre droite ; matité sur le côté, presque dans l'aisselle ; submatité en avant, avec skodisme au dessous de la clavicule ; en arrière, sonorité au sommet et submatité dans la gouttière costo-vertébrale. En résumé,

l'épanchement décrit une courbe dont le sommet est dans le creux axillaire. L'auscultation de la voix ne peut se faire qu'avec beaucoup de difficulté à cause de l'aphonie. Il semble, d'ailleurs, qu'il y ait un obstacle du côté du larynx; il y a du cornage et le malade tire manifestement. Ces divers phénomènes sont attribués à une infiltration tuberculeuse du larynx ayant amené la sténose de cet organe.

Quelques jours après, le tirage a considérablement augmenté et le cornage s'entend à distance. L'épanchement n'a pas progressé, et l'exploration donne les mêmes résultats. Le poumon gauche est libre: à droite, la respiration s'entend un peu en avant, très bien au sommet et même à la partie moyenne du poumon. La ponction, d'abord décidée immédiatement, est remise au lendemain. Mais, dans la nuit le tirage et l'oppression s'exagèrent et le malade succombe.

Autopsie. — L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort, nous réservait une série de surprises. Tout d'abord nous constatons qu'il n'existe pas de tuberculose laryngée: il y a seulement un très léger oedème des replis aryéno-épiglottiques, avec rougeur assez vive de toute la muqueuse du larynx.

Le poumon gauche est sain: on trouve seulement un peu de congestion insignifiante.

Dans la plèvre droite il existe un épanchement beaucoup plus considérable que l'exploration physique ne l'aurait fait supposer. Il y a environ deux litres de sérosité louche et sanguinolente. Les plèvres pariétale et viscérale, sont considérablement épaissies dans toute l'étendue de l'épanchement et recouvertes de fausses membranes fibrineuses.

Sur la coupe du poumon droit, on voit que le sommet du lobe supérieur est libre; il est seulement un peu induré et fibreux. Mais, dans la partie moyenne et inférieure du lobe

supérieur, dans le lobe moyen et dans le lobe inférieur, on voit de nombreuses masses caséuses qui font saillie sur la coupe. La plus volumineuse est sous-pleurale ; elle est plus grosse qu'un œuf de poule et creusée d'une excavation irrégulière et tomenteuse. Les autres masses sont d'un volume très variable, rondes ou elliptiques. Elles sont très dures, d'une couleur jaunâtre et presque toutes entourées d'une coque fibreuse visible à l'œil nu. Pour quelques-unes, cette sclérose périphérique semble manquer ; et même le tissu voisin atelectasié par l'épanchement, a conservé toute sa souplesse. Elles semblent émerger de la coupe comme prêtes à s'énuccléer : ce caractère, joint à la forme elliptique de ces tumeurs caséuses, à leur siège le long des bronches et sous la plèvre, à leur coque d'apparence fibreuse, nous avait fait penser tout d'abord à une tuberculisation pulmonaire, intra-pulmonaire. Nos doutes n'ont été levés que par un examen plus attentif des lésions et surtout par l'examen du foie.

En résumé, les masses que nous avons sous les yeux sont des gommés pulmonaires, absolument caractéristiques, assertion que confirmera plus loin l'examen histologique.

Déjà, d'ailleurs, l'examen macroscopique du foie vient établir ce diagnostic. Cet organe est atrophié, le lobe gauche a presque complètement disparu. La surface du foie n'est pas très irrégulière à sa face convexe : pourtant, la capsule de Glisson est épaissie, et l'on voit quelques dépressions cicatricielles profondes, d'où partent des bandes fibreuses qui s'enfoncent dans le foie. Cet organe est d'ailleurs partout sclérosé et induré : il crie sous le couteau. Il est difficile de juger de la disposition des bandes de sclérose qui ne paraissent pas, toutefois, affecter des rapports toujours identiques, par rapport aux lobules. Enfin, au niveau du hile, on constate la présence de gros noyaux caséux, confluents, formant une masse

compacte, très dure, d'une couleur jaune claire ; cette masse gommeuse pénètre très profondément dans l'épaisseur du foie. Ici, le diagnostic n'offre pas de difficultés, et le tissu périphérique induré et sclérosé, offre bien l'aspect qui lui est particulier dans le voisinage de ces tumeurs. On trouve, en outre, dans l'épaisseur du foie, plusieurs autres gomme plus petites, atteignant le volume d'une petite noisette, entourées également d'un tissu fibreux cicatriciel.

Rien de particulier à noter du côté du cœur, des reins, de la rate et de l'intestin.

L'examen histologique a permis de constater l'absence complète de tout bacille tuberculeux.





CONCLUSIONS



L'époque d'apparition des pneumopathies syphilitiques, est celle des accidents tertiaires viscéraux.

La syphilis du poumon variable dans ses manifestations, revêt l'aspect soit de la broncho-pneumonie aiguë (ce qui est rare), soit de la broncho-pneumonie chronique, avec ou sans pleurésie, soit de la tuberculose chronique commune ; soit de la gangrène pulmonaire.

Son évolution peut être rapide et se faire en quelques semaines, plus souvent elle est lente, et se fait en deux, trois, cinq années.

Le syphilitique pulmonaire non traité est destiné à mourir en arrivant, soit à la cachexie, soit à la phtisie. Cachectique, il meurt avec de l'albuminurie et des œdèmes généralisés, frappé par la syphilis seule, qui a touché tous ses organes en y déterminant soit des lésions spécifiques, soit la dégénérescence amyloïde. Phtisique, il s'éteint dans la consommation aggravée par les infections secondaires et en particulier par le bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire est souvent entouré des plus grandes difficultés, pour la raison qu'il n'y a pas un seul signe particulier pathognomonique de l'affection. Seul le résultat du traitement donnera, à un diagnostic de probabilité, un caractère de certitude.

La nature syphilitique de la pneumopathie passe souvent inaperçue parce que l'on ne pense pas assez à rechercher les stigmates de la syphilis, à scruter les antécédents héréditaires et personnels des malades.

La rareté de cette affection deviendra moins grande à mesure que l'on songera davantage à la rechercher.

La syphilis pulmonaire, dans la très grande majorité des cas, cède d'une façon merveilleuse et en très peu de temps à l'action du traitement; aussi le clinicien devra-t-il se faire un devoir de l'instituer chaque fois qu'il aura affaire à une pneumopathie à allures et à

marche anormales. Très souvent, pour lui comme pour son malade, le résultat obtenu sera la cause d'une satisfaction bien légitime puisqu'il entraînera la guérison.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Astruc*. — De morbis venereis. Trad. Louis, t. IV, p. 94, 1743.
- Brambilla*. — Traité de chirurgie. Milan, t. II, p. 561. 1777.
- Ricord*. — Leçons cliniques. Gazette des hôpitaux, t. VII, p. 710, 1854.
- Depaul*. — Mémoires de l'Académie de Médecine, p. 335, 1853.
- Annales des maladies de la peau, p. 540. 1850.
- Lancereaux*. — Affections syphilitiques des voies respiratoires. Arch. de méd., p. 420, 1879, et Leçons de clinique médicale, p. 231, 1891.
- Landrieux*. — Thèse de Paris. Des pneumopathies syphilitiques, 1872.
- Gamberni*. — Giornale italiano della malattie veneree et della pelle, p. 357, 1869.

- Colomiatti*. — *Idem*, 1878.
- Malassez, Maunoir, Maunoury*. — Société anatomique et Progrès médical, t. III, p. 19, 1875.
- Fournier*. — De la phtisie syphilitique. Gazette hebdomadaire, 1873 et 1875, et Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1878-79 et 1876.
- Pancritius*. — Syphilis du poumon, p. 337. Berlin, 1881.
- G. Sée et Talamon*. — Maladies spécifiques (non tuberculeuses du poumon). Paris, 1885.
- Talamon*. — Médecine moderne, 1891, n° 38, p. 668.
- Jullien*. — Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e édition. Paris, 1886, p. 964 et 1131.
- Mauriac*. — La syphilis tertiaire. Paris, 1890.
- Dieulafoy*. — Leçons sur la syphilis du poumon recueillies par M. Vidal. Gaz. hebd, 1889, p. 285, 303, 317, 335, 348, 367.
- Marfan*. — Traité de médecine Charcot-Bouchard, t. IV, p. 502. Gaz. hôpitaux, n° 4, p. 29, 1892.
- Chantemesse et Vidal*. — Société médicale des Hôpitaux, 18 avril 1890.
- Carlier*. — Thèse de Paris, 1882.
- Jacquin*. — Thèse de Paris. Etude sur la phtisie syphilitique, 1884.
- Roubleff*. — Thèse de Paris. Contribution à l'étude d'affections syphilitiques tertiaires du poumon, 1884.
- Haslund*. — Syphilis du poumon. Gaz. des Hôpitaux, 1891, n° 159, p. 1, 377.
- Parrot*. — Progrès médical, 24 août 1877.
- Balzer et Grandhomme*. — Revue mensuelle des malad. de l'enfance, 1886, p. 485.
- H. Roger*. — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, t. II, p. 11 et 15. Paris, 1883.

Potain. — Gazette des Hôpitaux, 1888, n^{os} 137 et 142.

Feulard. — Annales de syphiligraphie, 1893.

Vires. — Gaz. des Hôpitaux, n^o 98, 1895.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

